

su profundidad, y de las que el médico debe siempre acordarse antes de sentar el diagnóstico de una quemadura.

La muerte fulminante puede sobrevenir en los individuos puestos en contacto con los hilos conductores de una corriente de *electricidad* de alta tensión.

3.º *Traumatismo*.—El traumatismo desempeña un papel en la génesis de cierto número de afecciones correspondientes á la medicina; la pneumonía llamada traumática, con ó sin fractura de costillas, la tuberculosis á veces, la hematemesis consecutiva á una úlcera del estómago y casi siempre latente hasta entonces, son ejemplos de ello; el síncope, á veces mortal, puede suceder á un traumatismo, á menudo insignificante, de la región cervical ó del hueco epigástrico.

En algunos casos, los enfermos refieren á un traumatismo más ó menos antiguo la aparición de una jibosidad, de un tumor blanco, de un absceso frío: ésta es una tendencia que no se debe olvidar, á fin de no atribuir á la relación de los enfermos más que un valor muy relativo.

Por el contrario, está fuera de duda que un buen número de afecciones del sistema nervioso dependen de un traumatismo: tales son: las parálisis localizadas en un grupo de músculos ó en una mitad del cuerpo, el temblor generalizado ó parcial. Todos estos hechos parecen ser solamente, lo mismo que los desórdenes psíquicos consecutivos á los grandes accidentes, el *railway-spine* y el *railway-brain*, formas de neurosis traumáticas, de histeria traumática; su pronóstico, á pesar de la ausencia de lesión material, debe ser reservado, porque las manifestaciones de la histeria traumática pueden persistir durante años.

Al lado de estos traumatismos verdaderos, se deben colocar los traumatismos *morales*, las sacudidas morales, las penas, las preocupaciones, la extenuación en todas sus formas, que son capaces de hacer nacer desórdenes del sistema nervioso, dispepsias, trastornos mentales, etc., de provocar, en una palabra, la explosión de la histeria y sobre todo de la neurastenia.

4.º *Medicamentos*.—A veces será útil preguntar al enfermo qué medicación ha seguido ya. Si se averigua que un médico le ha hecho seguir algún tiempo antes un tratamiento antisifilítico, se tiene con ello un gran argumento en favor del diagnóstico. El salicilato de sosa permitió admitir un ataque anterior de reumatismo agudo.

En estos casos, lo que importa sobre todo es notar el efecto de estos medicamentos llamados específicos; un acceso de fiebre curado por la quinina tiene las mayores probabilidades de ser debido al paludismo; igualmente, sobre todo en el efecto terapéutico de los medicamentos

antisifilíticos, hay que recordar el antiguo adagio: *naturam morborum curationes ostendunt*, pensando, sin embargo, que no traduce una verdad absoluta: se conocen casos de lupus tuberculoso claramente mejorados por el tratamiento mercurial.

En fin, ciertos medicamentos pueden determinar accidentes, que conviene conocer: el coriza y el acné yódicos son ejemplos de ello, etc. Tales son, en fin, las numerosas variedades de erupciones medicamentosas causadas por el empleo de la antipirina, de la quinina, de la copaiba, de la cubeba, del yodo, del bromo, del cloral, del mercurio; son esencialmente polimorfos y, á excepción de algunas (acné yódico de localización particular, hidrargiria cutánea descamativa), no presentan, fuera de la noción etiológica, carácter distintivo alguno. De donde el precepto de preguntar siempre á un enfermo que presenta una erupción, si ha tomado algún tiempo antes uno de los medicamentos susceptibles de provocar accidentes cutáneos.

En este grupo, es justo también colocar los accidentes cutáneos, con reacción febril ó no, que pueden observarse varios días después del empleo de los sueros medicamentosos.

EXAMEN DEL ENFERMO

Una vez hecha la investigación de los conmemorativos, conviene proceder al examen del enfermo. Varía en cada caso particular. Recordemos, no obstante, sus reglas principales.

1.º El *modo de empezar* la enfermedad debe ser objeto de una investigación atenta. Si se trata de una afección crónica, de una tuberculosis pulmonar, por ejemplo, hay que apelar á los recuerdos del enfermo, preguntarle en qué época ha empezado á toser, á enflaquecer, etc. Si se trata de una cirrosis, se averiguará que varios meses, á veces antes de la aparición de la ascitis por la que el sujeto viene á consultar, había dispepsia, pituitas matinales, etc. Demasiado á menudo, cuando ha sobrevenido un episodio agudo, desde entonces tienden los enfermos á datar el principio de su enfermedad: la hematemesis que bruscamente viene á revelar la existencia de una úlcera del estómago, no es generalmente su primera manifestación; investigando, se averiguará que había antes dolor después de las comidas, ardores epigástricos. La hemorragia, el reblandecimiento cerebral, van casi siempre precedidos de cefalalgia, de pérdida de la memoria y de vértigos, signos todos ligados al ateroma cerebral; el verdadero principio de la enfermedad es á menudo anterior en varios meses al principio visible de los accidentes.

Hasta en las enfermedades agudas es á veces difícil y, sin embargo, siempre será muy útil hacer precisar al enfermo el principio exacto de su enfermedad. He aquí una neumonía: el enfermo refiere el principio de su mal al escalofrío, á la aparición del dolor de costado: se le debe interrogar cuidadosamente para hacerle decir que estos accidentes han ido precedidos, durante varios días, de malestar general, de decaimiento, de faringo-traqueítis: así se tendrá hecho el diagnóstico de neumonía gripal.

2.º El *hábito exterior*, la *actitud*, deben ser comprobados desde el principio, porque al primer golpe de vista permitirán á veces á un médico experimentado un diagnóstico que servirá de primer jalón. La palidez, el enflaquecimiento de la cara y del resto del cuerpo, los pómulos salientes y encarnados harán pensar en la tuberculosis; la facies coloreada, surcada de pequeñas varicosidades, es común en los alcohólicos y los cirróticos; la hinchazón de la cara, limitada á veces á los párpados, es á menudo indicio de la albuminuria; la ictericia es fácilmente reconocible por la coloración amarillenta de las conjuntivas. Si el enfermo está febril, la coloración rubicunda de la cara, á veces los movimientos de las alas de la nariz, indican una neumonía, en tanto que la fiebre tifoidea será sospechada por el aspecto abatido del sujeto, por el temblor de los labios y de la lengua, por el aspecto tífico, en una palabra.

En la cama, la actitud tomada por el enfermo es á veces característica: decúbito dorsal, con postración, en los estados tifódicos; actitud encogida, en forma de gatillo de escopeta, en las meningitis; inmovilización del cuerpo y retracción de los muslos en las afecciones dolorosas del abdomen, en las peritonitis; posición sentada del enfermo, sostenido por las almohadas, en los estados disneicos.

Es muy útil también considerar la marcha; permite el diagnóstico de gran número de enfermedades nerviosas; la ataxia, la hemiplegia, la parálisis de los extensores, etc., pueden ser así reconocidos á primera vista. Recordamos aquí cuán importante es examinar á los enfermos de pie, preguntarles por lo menos si pueden andar, mantenerse en pie, para no desconocer una paraplegia, una parálisis muscular localizada, un tumor cerebral con marcha vertiginosa, etc.

3.º La investigación de los *signos funcionales* y de los *signos físicos* viene á completar el examen.

De todos los signos funcionales, el más frecuentemente observado, el que más importa analizar minuciosamente es el *dolor*. Esta es la causa por la que más á menudo vienen á consultar los enfermos. Su fecha de aparición, su asiento, sus caracteres de continuidad ó de exacerbación

deben ser comprobados con cuidado. Para citar sólo algunos ejemplos, los dolores fulgurantes de la ataxia, cuando se presentan con los caracteres de intermitencia y de rapidez que les son propios, son casi patognómicos; asimismo el dolor hemicraneal de la jaqueca, como también el dolor con exacerbaciones de la neuralgia facial, y también, en fin, el dolor que los enfermos acusan tan á menudo en el hueco epigástrico; ¿existe alguna relación entre estas sensaciones dolorosas y la alimentación? ¿en qué momento sobrevienen después de las comidas? ¿son calmadas ó exageradas por la ingestión de los alimentos? ¿irradian hacia la espalda? son otros tantos puntos sobre los que conviene interrogar extensamente al paciente para hacer el diagnóstico de hiperclorhidria, de úlcera del estómago, etc.

A veces los informes suministrados por el enfermo no bastan: hay que determinar el sitio exacto del dolor provocado. Limitado exactamente en un punto, adquiere en seguida un gran valor para el diagnóstico de una punta de hernia, de una apendicitis (punto de Mac Burney), de una supuración profunda ó superficial. Nunca se insistirá demasiado en la absoluta necesidad de hacer esta investigación muy minuciosamente, repetirla varias veces y hacer precisar con cuidado al enfermo el punto en que sufre *más*.

El estudio de los demás trastornos funcionales, diarrea, vómitos, disnea, palpitaciones, impotencia de un miembro, se hará en detalle más adelante. Una regla que se aplica á todos los casos es, en general, tener sólo en cuenta los síntomas que se producen mientras el enfermo está bajo la inspección del médico. Si se trata de un sujeto inteligente, que se observa cuidadosamente, se puede dar fe á su relación, pero demasiado á menudo ésta carece de precisión, — ó bien, si se trata de un niño ó de un sujeto sin conocimiento, los hechos son referidos por la familia del enfermo— entonces todos estos datos sólo pueden ser elementos de presunción.

La investigación de los signos físicos constituye la última etapa del diagnóstico. Esta parte del examen clínico varía esencialmente de uno á otro individuo. Recordemos aquí sólo que este examen debe ser siempre *completo*, más extenso de lo que parecen indicar los síntomas acusados por el enfermo. Hay que examinar sistemáticamente, — aunque de un modo rápido, — todos los aparatos. Esta regla no sólo es aplicable á las afecciones agudas, sino sobre todo á las afecciones crónicas. Un sujeto es atacado de neumonía ó de fiebre tifoidea: no se puede formular un diagnóstico exacto, — y por lo tanto establecer un pronóstico, — sino sabiendo cuál ha sido la resonancia de estas afecciones sobre el sistema cardiovascular, el hígado, los riñones, etc. Si se trata de un cardíaco, de un

cirrótico, de un tuberculoso, conviene saber de qué modo se comportan en él todos estos aparatos.

Ante todo, es de la mayor importancia asegurarse de si el enfermo está apirético ó no. El examen del *pulso* es muy útil y nunca debe ser descuidado, tanto más cuanto que proporciona preciosos datos sobre el estado de la tensión arterial, la regularidad, la frecuencia de las contracciones cardíacas. Pero, en general, tiene menos valor que la determinación de la *temperatura*; la apreciación con la mano del calor de la piel es muy infiel: hay que recurrir siempre al termómetro. Permite medir exactamente el grado de fiebre del enfermo y trazar su curva térmica, cuyo solo examen deja á menudo hacer un diagnóstico de presunción (ascenso y descenso brusco en la neumonía, ascenso lento en la fiebre tifoidea, etc.).

La inspección debe siempre comprender el cuerpo entero: sucede á menudo que se comete un error de diagnóstico por no haber examinado completamente al enfermo. Haciéndole desnudar es cómo se descubrirá una erupción de escarlatina, sin la cual quedaría desconocido el origen real de una angina por la que el enfermo venía á consultar, se reconocerá una roseola, cicatrices que atestiguan una sífilis actual ó pasada; se reconocerá un zona, que sin esto habría sido tomado por una neuralgia intercostal; en una criatura, el simple examen de la región glútea permite, si se comprueba allí un eritema, afirmar la existencia de desórdenes gastro-intestinales. La palpación hará reconocer una hipertrofia del hígado, un bazo grueso, un tumor abdominal, sobre todo un riñón flotante; en la garganta impedirá que pase inadvertido un absceso retrofaríngeo.

En fin, no se debe olvidar el lugar, cada día mayor, que adquieren á la cabecera del enfermo las *investigaciones de laboratorio*, y los procedimientos de la medicina experimental suministran al diagnóstico preciosos recursos.

El análisis bacteriológico de los esputos, de las falsas membranas, es de una importancia capital para el diagnóstico de la tuberculosis y de la difteria. Los diferentes líquidos del organismo, normales ó patológicos, deben ser á menudo examinados: en la sangre sacada por medio de una puntura en un dedo, se buscarán los parásitos de la malaria, se hará la numeración de los glóbulos rojos, de los leucocitos (clorosis, leucocitemia); se verá si el suero tiene la propiedad aglutinante: gracias al serodiagnóstico, se ha podido á veces afirmar una infección por bacilo de Eberth, cuyo diagnóstico clínico era muy obscuro. La punción exploradora de la pleura es hoy día un procedimiento usual para diagnosticar,

en los casos dudosos, una pleuresía, para determinar el carácter purulento ó hemorrágico de un derrame; las colecciones líquidas (absceso, quiste hidatídico) sólo son á veces reconocidos gracias á una punción exploradora; en algunos casos, sólo la punción lumbar permite diagnosticar una meningitis cerebro-espinal. A menudo es útil, para completar el diagnóstico, examinar al microscopio ó inocular á los animales la serosidad, el pus, el líquido céfalo-raquídeo que se acaba de extraer.

A veces es sobre el mismo enfermo donde se trata de determinar una reacción característica. El diagnóstico del chanero blando se hace á menudo solamente por la inoculación, al portador, del pus chaneroso, seguida de la aparición en este punto de un chanero experimental. Las inyecciones subcutáneas de tuberculina, á dosis muy débiles, permiten, por la elevación térmica, por las reacciones locales que provocan, descubrir una tuberculosis absolutamente latente, ó confirmar un diagnóstico difícil. El examen de la permeabilidad renal por medio de la inyección subcutánea de azul de metileno, la apreciación del funcionalismo de la célula hepática por la prueba de la glucosuria alimenticia, son hoy día el complemento indispensable de un diagnóstico de nefritis ó de cirrosis.

La radioscopia y la radiografía, tan útiles ya al cirujano, parece que han de ser un gran recurso para el médico, procurándole, acerca de la extensión, límites, forma y la apariencia de las vísceras, datos que no se obtienen con los medios ordinarios de exploración clínica ó se obtienen de un modo incompleto (diagnóstico de los aneurismas profundos, de las pleuresías enquistadas, de la tuberculosis en un principio, etc.).

Tan útil al menos como los anteriores resulta el análisis de la orina, — en lo que se refiere á la investigación del azúcar y de la albúmina, — en todos los enfermos.

De ahí que una observación no sea completa hasta que se ha recurrido á todos los procedimientos de investigación y cuando, más ó menos sucintamente, según los casos, se hayan examinado todos los órganos, empezando siempre, entiéndase bien, por el órgano ó aparato que se halla más interesado. Saber interrogar y examinar luego metódica y completamente á los enfermos, es condición indispensable para ser buen clínico: estas cualidades, de que el médico debe hacer gala, pueden adquirirse por el ejercicio y la voluntad.

PEDRO BOULLOCHE.